

Seguro,
estás mejor.

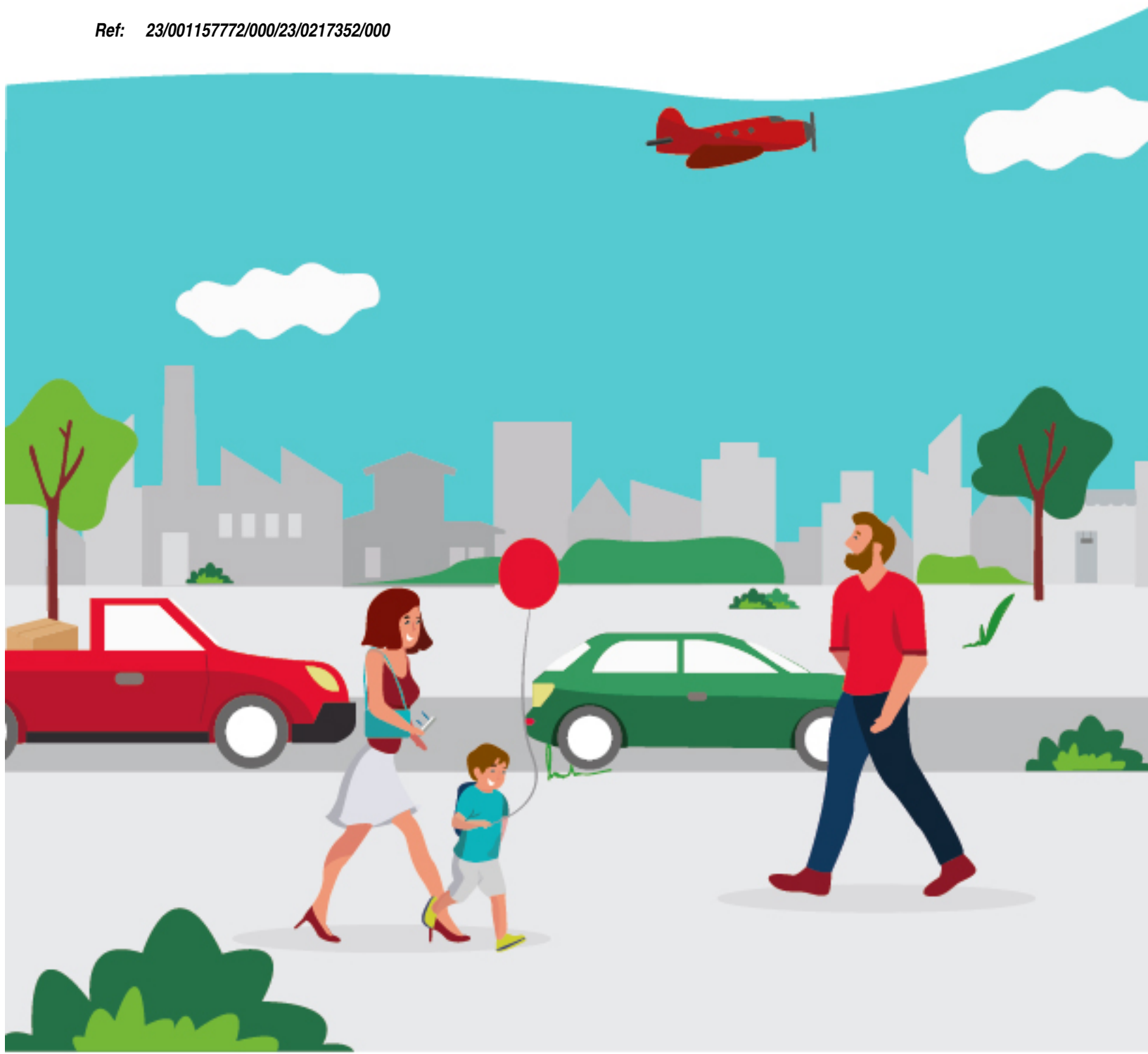
WWW.HDI.COM.AR

HDI
SEGUROS

JOLY EDUARDO DANIEL
LUIS MARIA CAMPOS 1436 P 10 A
CAPITAL FEDERAL (C.P. 1426)

BOX: 250

Ref: 23/001157772/000/23/0217352/000



ALSEP V

SEGURO DE ACC. PERSONALES COL.

ART.	SUPERPOLIZA N°	SSPOL N°	POLIZA N°	SUPLEMENTO N°
000023	1.157.772	000	217.352	000

Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO.

El asegurado asume la carga de dar pleno cumplimiento con el aporte de todo tipo de información que le sea requerida por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo.

Al respecto, se deja constancia de que en caso de incumplimiento de dicha carga, la aseguradora se encontrará liberada de toda responsabilidad, no debiendo indemnizar el eventual siniestro ocurrido.

Conforme a lo establecido en la Resolución 90/2001 del Ministerio de Economía de la Nación queda establecido que:

Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios de contratos de seguros, son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos.
- Entidades bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.
- Tarjetas de débito, crédito o compras.

***** CON D I C I O N E S P A R T I C U L A R E S *****
 SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

HDI SEGUROS S.A. con domicilio en la calle TTE. Gral Peron 650 5 piso de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires, (en adelante el Asegurador o Compañía), y el Tomador cuyo nombre y domicilio se indican a continuacion, convienen en celebrar un contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales, Especificas y Particulares vigentes, aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nacion que se detallan.

CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS: 1

HORA DE INICIO/FINALIZACIÓN DE VIGENCIA: 0 a 24 hs

EDADES LIMITES: MINIMA DE INGRESO: 14 AÑOS

MAXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS

MAXIMA DE PERMANCIA: 70 AÑOS (COBERTURA BASICA)

65 AÑOS (COBERTURAS ADICIONALES)

COBERTURA BASICA: - MUERTE ACCIDENTAL

CLAUSULAS ADICIONALES ANEXAS:

COMPONENTE 1: GONZALEZ LUCILA

COBERTURAS BASICA:

MUERTE.....\$5.000.000,00

COBERTURAS ADICIONALES ANEXAS:

ASISTENCIA MEDICA SIN OBRA SOCIAL.....\$500.000,00

INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE.....\$5.000.000,00

BENEFICIARIOS: Los designados en la solicitud de ingreso y/o cobertura.-

SEGURO DE ACC. PERSONALES COL.

ART.	SUPERPOLIZA N°	SSPOL N°	POLIZA N°	SUPLEMENTO N°
000023	1.157.772	000	217.352	000

DISCRIMINACION DEL PREMIO:

- PORCENTAJE DE PARTICIPACION: 100% A) DEL CONTRATANTE

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO:

- 1) Las presentes Condiciones Particulares.
- 2) Las Condiciones Generales para el Seguro de Accidentes Personales.
- 3) Las Condiciones Especificas.
- 4) Las Condiciones Generales Especificas.
- 5) Anexos de Exclusiones.
- 6) Anexo Listado de personal activo/ integrantes del grupo de afinidad.
- 7) Anexos:
- 8) Los endosos que en su caso se emitan.
- 9) La nomina mensual con los datos de los asegurados.

ACLARACIÓN: En caso de optar por la cobertura Adicional de Asistencia Médica, la misma cuenta con una franquicia no deducible de \$ 200. (pesos docientos).

EN CONSIDERACION a las declaraciones suscriptas por el CONTRATANTE, a las constancias de las solicitudes de sus (tipos de asegurados) en adelante demoninados ASEGURADOS y el pago de las primas que arriba se estipulan. El ASEGURADOR se obliga a pagar despues de recibidas las pruebas del siniestro de uno o cualquiera de los ASEGURADOS, por el beneficio correspondiente a la cobertura respectiva de acuerdo con las Condiciones Particulares y Condiciones Generales de póliza.



FACTURA / PLAN DE PAGO

C.U.I.T.:	30-50001701-1
ING. BRUTOS N°:	901-917697-7
CAJA PREV. N°:	296
INSC. N S.S.N°:	1080

27/04/2023

HDI SEGUROS S.A.

Tte. Gral. Juan D. Perón 650 5º Piso
(C1038AAN) Buenos Aires, Argentina
N° Inscripción IGJ: 12.533 | 10.05.1961
WWW.HDI.COM.AR



ASEGURADO

FACTURA EMITIDA POR: HDI SEGUROS S.A.

FECHA EMISIÓN	SECCIÓN	PÓLIZA N	SUPLEMENTO	VIGENCIA	VTO. PAGO	CONCEPTO
27/04/2023	A.P.C	217.352	000	28/04/2023 29/04/2023	10/05/2023	DEBITO

ASEGURADO

JOLY EDUARDO DANIEL

I.V.A.	C.U.I.T.	MONEDA
Cons. Final.		PESOS

PLAN DE PAGO							
CUOTA	FECHA DE VENCIMIENTO	IMPORTE CUOTA	CUOTA	FECHA VENCIMIENTO	IMPORTE CUOTA		
	S/ADJUNTO	1.648,35					
						PRIMA	1.350,00
						RECARGO FIN.	0,00
						SUBTOTAL SUJETO IMP.	1.350,00
						IMPUESTOS INTERNOS	0,00
						TASA SUPERINTENDENCIA	8,10
						SERVICIOS SOCIALES	6,75
						SELLADO PROVINCIAL	0,00
						PERCEPCIONES IBR	0,00
						SUBTOTAL	1.364,85
						I.V.A. 21,00%	283,50
						I.V.A. %	0,00
						I.V.A. %	0,00
						PREMIO	1.648,35

El monto de IVA discriminado no puede computarse como crédito fiscal.

SERVICIOS SOCIALES:

En cumplimiento de lo ordenado por oficio judicial notificadorio de resolución dictada en autos "OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS...C/ EN-PEN-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL S/MEDIDA CAUTELAR".

Teléfono gratuito C.A.B.A, Area de Defensa y Protección al Consumidor (147)

PÓLIZA EMITIDA POR:		HDI SEGUROS S.A.			
FEC. EMISIÓN:		27/04/2023			
SEC.: A.P.C		NRO./SUPL.: 217.352/000		23/001157772/000	
ASEGURADO:		JOLY EDUARDO DANIEL			
DETALLE DE CUOTAS					
CUOTA	FECHA VENCIMIENTO	IMPORTE CUOTA	CUOTA	FECHA VENCIMIENTO	IMPORTE CUOTA
1	10/05/2023	1.648,35			

Los importes de las cuotas serán debitados en sus respectivas fechas de vencimiento, de la entidad y cuenta que figura a continuación:

Entidad: BANCO DE GALICIA Y BS AS S.A.

Cuenta : 00402278621

CERTIFICADO de INCORPORACION Nro.: 000001/001	
Póliza Nro.: 217.352	Rama: ACC. PERSONALES COL.
Fecha de Emisión: 27/04/2023	Fecha de Vigencia: 28/04/2023 AL 29/04/2023
Asegurado/Tomador: JOLY EDUARDO DANIEL LUIS MARIA CAMPOS 1436 P 10 A (1426) CAPITAL FEDERAL DNI 00575846	
Asegurado Individual: GONZALEZ LUCILA TITULAR DNI 37.360.700	
RIESGOS CUBIERTOS	
A/MED-FARM S/OBRA S	500.000,00
MUERTE	5000.000,00
INVALIDEZ T Y P PERM	5000.000,00
Base de Cálculo: \$	5000.000,00
Premio:	784,93
Beneficiarios Designados: BENEFICIARIOS A DESIGNAR	
COMUNICACIONES AL ASEGURADO: El asegurado que se indentifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.	
SR. ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud., posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficiario. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.	

SEGURO DE ACC. PERSONALES COL.

ART.	SUPERPOLIZA N°	SSPOL N°	POLIZA N°	SUPLEMENTO N°
000000		000	217.352	000

DETALLE DE ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA NOMINA

Póliza/Supl: 0217352 000
Tomador : JOLY EDUARDO DANIEL

Componente	Nombre	Mon	Sueldo	Capital
000001 001	GONZALEZ LUCILA TITULAR	\$		**5000.000,00 -ALTA-

Total Capital: \$ **5000.000,00



GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL FRAUDE

Resolución SSN N° 38.477 – Antifraude.

En el marco del cumplimiento de la Resolución de la SSN N° 38.477 sobre Políticas y Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude en Seguros, HDI Seguros pone a disposición, para todos los tomadores, asegurados y red de productores asesores de seguros, una guía de recomendaciones para disuadir y prevenir esta problemática.

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL FRAUDE

Las acciones de disuasión y recomendaciones deben difundirse a todos los agentes auxiliares del seguro, tomadores y asegurados, que —acorde a la experiencia de nuestra Compañía y según el ramo en el que operen— deberán ser alertados, por ejemplo, en orden a que:

- 1) Nunca debe firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- 2) Nunca debe aceptar dinero, suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- 3) No debe modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento en orden a que en la medida de sus posibilidades debe evitar o disminuir el agravamiento del daño), como tampoco exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
- 4) El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando la gente engaña a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho.
- 5) El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- 6) Las declaraciones falsas o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que de ser tomadas en cuenta hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, hacen nulo el contrato, resultando de mayor gravedad las consecuencias frente a actitudes dolosas o de mala fe.
- 7) Recuerde que puede ser voluntaria o involuntariamente implicado en una maniobra de fraude. Siempre existe el riesgo de que alguna persona con muy malas intenciones lo induzca a realizar prácticas que están por fuera de la ley.
- 8) Nunca debe avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- 9) Nunca debe facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.
- 10) Debe mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufra, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.
- 11) Debe procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, v.gr., mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.

12) Siempre debe consultar con su aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.

13) Recuerde que debe formular la denuncia del acaecimiento del siniestro. Procure formalizar dicha denuncia y que le sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.

14) Tenga presente que sus coberturas pueden tener limitaciones, en orden a ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas, que deben ser respetadas.

15) Debe estar advertido respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.

16) Si bien está permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades. No es lícito que la indemnización supere el monto de daño sufrido, como tampoco perseguir el cobro respecto de un siniestro que ya fue reparado por alguna otra aseguradora.

17) No adquiera autopartes o repuestos de dudosa procedencia. No sólo porque pueden ser el producido de un delito grave, sino porque tampoco está garantizada su calidad. En su caso, acuda a los desarmaderos legalmente regulados, cuyos productos están certificados e identificados. Para mayor información ingrese en www.dnrpa.gov.ar y así podrá acceder al listado de desarmaderos inscriptos en el Registro Único de Desarmaderos de Automotores (RUDAC).

001

ANEXO 1:**RIESGOS NO ASEGURADOS - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Quedan excluidos de este seguro los siguientes hechos que no serán considerados accidentes:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte terrestre aéreo autorizado. Intervención en ascensiones aéreas.
- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o en escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo. Los accidentes que ocurran mientras el asegurado toma parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones o regiones o zonas inexploradas.
- d) Duelo o riña salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución, empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- e) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por deber de humanidad generalmente aceptado (artículo 152 y 70 Ley de Seguros).
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, operación quirúrgica no motivada por accidente. Abuso de alcohol. Consumo de drogas, enervantes, estimulantes, excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica, sin incurrir en abuso.
- g) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza - inclusive las originadas por las picaduras de insecto, salvo lo especificado en la Cláusula 3- sean o no preexistentes, enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela o tifus, aún si el contagio se produjera en forma accidental, enfermedades venéreas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa.
- h) Acontecimientos catastróficos por energía nuclear.
- i) Acto criminal por el que resulte responsabilizado el beneficiario.
- j) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencias de un accidente cubierto conforme la cláusula 3.
- k) Las lesiones causadas por la acción de rayos X, de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares, de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 3 o del tratamiento de las lesiones por el producidas.
- l) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción o omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados por precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Art 150 y 70 Ley de Seguros).
- m) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 4, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

TAMBIEN QUEDAN EXLUIDOS DE ESTE SEGURO:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

CONDICIONES GENERALES PARA LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES.**APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION EXPEDIENTE 59288**

-PROVEIDO 11996 del 06 de Febrero de 2015 -.

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Cláusula 1 - Este plan es integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Específicas y las Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Específicas respecto a las Particulares, predominan estas últimas.

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 2 - El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de alguna de las coberturas contratadas, y siempre que las mismas consecuencias del accidente se manifestasen a mas tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, salvo pacto en contrario, en cuyo caso sera de acuerdo con los establecido en las Condiciones Particulares.

DEFINICION DE ACCIDENTE

Cláusula 3: A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también como accidentes: la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no prevenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado, las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la cláusula 5 inc 1; el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia: luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 4 - Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes -en los terminos y alcances establecidos en la cláusula anterior- que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempos de paz, en su vida particular, o mientras este circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: fútbol, atletismo, basquetbol, bochas, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por rios o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y water polo.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Cláusula 5

- Quedan excluidos de este seguro los siguientes hechos que no serán considerados accidentes: :

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte terrestre aéreo autorizado. Intervención en otras ascensiones aéreas.
- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o en escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones o regiones o zonas inexploradas.
- d) Duelo, riña salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en que hubiese participado como elemento acti-

vo; revolución, empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.

e) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por deber de humanidad generalmente aceptado (Artículo 152 y 70 Ley de Seguros).

f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, Operación quirúrgica no motivada por accidente. Abuso de alcohol. Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica, sin incurrir en abuso.

g) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza -inclusive las originadas por las picaduras de insecto, salvo lo especificado en la cláusula 3 - sean o no preexistentes, enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, colera, viruela o tifus), enfermedades causadas directa o indirectamente por H.I.V. - ambos casos aún si el contagio se produjera en forma accidental-, enfermedades venéreas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa, deformidades o defectos físicos.

h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

i) Acto criminal por el que resulte responsabilizado el beneficiario.

j) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencias de un accidente cubierto conforme la cláusula 3;

k) Las lesiones causadas por la acción de rayos "X" y similares, de cualquier elemento radiactivo, u originas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo; salvo los casos contemplados en la cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 3 o del tratamiento de la lesiones por él producidas.

l) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (art 152 y 70 Ley de Seguros).

m) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 4, o en condiciones distintas a la enunciadas en la misma.

También quedan excluidos de este seguro:

a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

b) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de caracter catastrófico.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 6 -El seguro no ampara a personas menores a la edad mínima de ingreso, o mayores a la edad máxima de ingreso, ambas previstas en las Condiciones Particulares de la póliza

EDADES

Cláusula 7: Las edades mínimas y máximas de ingreso, como así también la edad máxima de permanencia serán las que se estipulan en las Condiciones Particulares.

Asegurado Titular

Para la cobertura principal

Edad mínima de contratación: 14 años

Edad máxima de contratación: 65 años (inclusive)

Edad máxima de permanencia: 75 años (inclusive)

Para las coberturas adicionales

Edad mínima de contratación: 15 años

Edad máxima de contratación: 64 años (inclusive)

Edad máxima de permanencia: 65 años (inclusive)

Asegurados Familiares

Para cobertura principal

Edad mínima de contratación: al nacer
Edad máxima de contratación: 65 años (inclusive)
Edad máxima de permanencia: 75 años (Inclusive)

Para las coberturas adicionales

Edad mínima de contratación: 15 años
Edad máxima de contratación: 64 años (inclusive)
Edad máxima de permanencia: 65 años (inclusive)

Las edades de los Asegurados asentadas en esta póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes al Asegurador quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que el Asegurador efectúe el pago de cualquier beneficio.

La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en la práctica comercial para asumir riesgos.

Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y la prima pagada.

Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la diferencia y reajustará las primas futuras.

AGRAVACION POR CONCAUSAS

Cláusula 8: Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponde se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma

PLURALIDAD DE SEGUROS

Cláusula 9: El Asegurado deberá notificar sin dilación al Asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contraído en lo sucesivo con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a la suma que consta en Condiciones Particulares sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

RETICENCIA

Clausula 10: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 ley de Seguros).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (art. 6 Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (art. 9 Ley de Seguros).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (art. 8 Ley de Seguros).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (art 10 Ley de Seguros).

AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO

Cláusula 11: El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (art. 38 de la Ley de Seguros).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiere existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (art. 37 de la Ley de Seguros)

Se consideran agravaciones del riesgo (art. 132 de la Ley de Seguros) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b) Modificación de su profesión o actividad.
- c) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (art. 39 de la Ley de Seguros).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, El Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (art 40 de Ley de Seguros).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la Cláusula 4, inciso m).

La resolución del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año (art. 41 Ley de Seguros).

PAGO DE PRIMAS

Cláusula 12: La prima es debida desde la celebración del contrato pero no exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (art 30 Ley de Seguros).

En caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y hechos establecidos en la Cláusula de "Cobranza de Premios" que forma parte del presente contrato.

MONEDA DEL CONTRATO

Cláusula 13: Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato en la moneda informada en las Condiciones Particulares como Moneda de Contrato.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 14: El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurado por éste para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de seguro,
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o prórrogas;

c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar (art 53 Ley de Seguros). Los producidos de la cobranza de premios deberán ser ingresados a través de los siguientes medios:

- i) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- ii) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nro 21.256.
- iii) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nro 25.065
- iv) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley Nro 25.345 o cheque no a la orden liberado por el Asegurado o tomador a favor de la entidad Aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente Artículo.

(Artículo 1 de la Resolución M.E. Nro 407/2001).

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 15 - El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. (Arts. 46 y 47 de la Ley de Seguros) Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 - de la Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los beneficiarios deberán presentar:

- a) En caso de muerte, la documentación pertinente y comprobación del derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- c) En caso de invalidez temporaria, la documentación pertinente, que incluirá el alta definitiva.
- d) En caso de cuadriplejia o paraplejia, la documentación pertinente que acrediten dicha invalidez.
- e) En caso de fractura de huesos, la documentación pertinente que incluirá el detalle de el/los hueso/s fracturado/s.

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 16 - El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

Cláusula 17 - El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables. (Art. 150 de la Ley de Seguros)

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Cláusula 18 - La designación de beneficiarios se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto. Tanto el asegurado titular como los asegurados adicionales, en caso de corresponder, tienen derecho a designar cada uno a sus propios beneficiarios.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficiario es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiera otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas partes hereditarias.

Cuando el asegurado no designe beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (art. 145 y 146 de la Ley de Seguros).

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 19 - El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

VALUACION DE PERITOS

Cláusula 20 - Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 última parte de la Ley de Seguros)

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

Cláusula 21 - El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 15 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Cuando el Asegurador hubiere reconocido el derecho, pero aun no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 55% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 22 - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

RESCISION UNILATERAL

Cláusula 23 - Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo. (Art. 18, 2do. párrafo de la Ley de Seguros)

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 24 - El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 de la Ley de Seguros).

COMPUTO DE PLAZOS

Cláusula 25 - Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

PRORROGA DE JURISDICCION

Cláusula 26 - Toda controversia judicial que se plantee en relación a esta póliza será dirimida antes los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

En caso de que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta al domicilio del Asegurado éste tendrá la posibilidad de dirimir cualquier controversia relativa al presente contrato ante los tribunales de su domicilio.

TERMINACION DE LA COBERTURA

Cláusula 27: El riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza cacerará en los siguientes casos:

- a) Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima.
- b) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalente al capital asegurado.
- c) Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- d) Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
- e) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla con la edad máxima de permanencia estipulada en Condiciones Particulares.

CLAUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ARTICULO 1 : EL/Los premio/s (anual, mensula, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral según indique en las condiciones particulares) de este seguro, deb/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurado lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en monea del contrato).

En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas contendrá el

total del Impuesto al Valor agregado (IVA) correspondiente al contrato (art.3 Resolución General N° 21.600).

El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución General N°21.523 (Reglamento General de la Actividad Aseguradora).

El premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura o de endosos de cada período de facturación (Art. 30 Ley de Seguros 17.418).

Sin perjuicio de lo anterior, la fecha de iniciación efectiva de vigencia de la cobertura queda condicionada al pago total o parcial del premio.

Consecuentemente, la fecha de iniciación efectiva de vigencia, solo tendrá lugar desde el mismo momento en que el pago referido se efectivice. El sólo quedará con el rebibo de pago referido se efectivice. Ello sólo quedará acreditado con el recibo de pago oficial correspondiente, con expresa consignación de día y hora de su percepción (art. 1 y 2 Resolución General N° 21.600 y circular N° 2.663).

Se entiendo por premio la prima mas los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTICULO 2 :

La compañía concede un plazo de gracia de un mes para el pago de los premios fraccionados, sin cargo de interés, de todos los premios. Durante ese plazo este contrato se hallará con vigor, pero si dentro del mismo ocurriese una pérdida indemnizable en el marco de esta póliza, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas e impagas.

Para el pago del primer Premio o fracción del premio, el Plazo de Gracia se contará desde la fecha inicio de vigencia de la póliza. Para el pago de los premios siguientes, el Plazo de Gracia correrá a partir de la hora cero() del día que vence cada uno de dichos premios.

Si el período de gracia expirara sin haberse regularizado el pago de la prima, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurado como penalidad.

La cobertura solo podrá rehabilitarse dentro de los noventa (90) días corridos, contratados desde la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación sufrirá efecto desde la hora (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe total adeudado.

Toda rehabilitación sufrirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Una vez vencido el plazo máximo de suspensión (60 días corridos) el contrato quedará rescindido por falta de pago. Quedará a favor de la aseguradora, como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio del plazo de gracia hasta el momento de la rescisión.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no se este totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3: el plazo del pago no podrá exceder del plazo de facturación, disminuido en 30 días.

ARTICULO 4: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, u a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

ARTICULO 5: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades financieras sometidas a régimen de la Ley Nro 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compas emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DEL NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden liberado por el Asegurado o tomador a favor

de la entidad Aseguradora.

Cuando la percepción de premio se materialice a través del Sistema único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

CLAUSULA CONTRATOS CELEBRADOS EN MONEDA EXTRANJERA

El pago de la prima debida por el Tomador y /o Asegurado, como así también el pago de las eventuales indemnizaciones que puedan resultar a cargo del Asegurador en caso de siniestro, deberán ser efectuados en la moneda extranjera que se estipula en las Condiciones Particulares.

Sin perjuicio de ello, si las partes acordasen que la cancelación de las obligaciones será efectuada por el monto equivalente en moneda de curso legal, o si existiese una disposición cambiaria que imposibilite el acceso a las partes al mercado de libre divisa para cumplir con las obligaciones en moneda extranjera, se procederá de la siguiente manera:

- 1- Las obligaciones se convertirán a moneda de curso legal, de acuerdo a la cotización del Banco de la Nación Argentina, al tipo de cambio vendedor de cierre al día hábil anterior a la fecha de pago de las mismas.
- 2 - Respecto a las obligaciones de pago del Tomador y/o Asegurado, si entre la fecha de facturación de la prima y la fecha de efectiva recepción de los fondos por parte del Asegurador se hubiere producto variación en la cotización de la moneda extranjera que se estipula en las Condiciones Particulares, las diferencias que pudieran generarse entre la prima convenida por la/s cobertura/s contratada/s y el pago efectivamente recibido, serán acreditadas o debitadas -según corresponda-, en la próxima facturación.
- 3 - Si por disposición cambiaria, no hubiere cotización del Banco de la Nación Argentina, se utilizará, en igual forma y en este orden, la correspondiente a los Mercados de Nueva York, Montevideo, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio.

CLAUSULA DE INTERPRETACION - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

A los efectos de la presente póliza, déjense expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los siguientes y equivalencias que se consignan:

- HECHOS DE GUERRA INTERNACIONAL

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarada o no), con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

- Hechos de guerra civil:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la sucesión de una parte del territorio de la Nación.

- Hechos de rebelión:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencias y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas. Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

- Hechos de sedición o motin:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

- Hechos de tumulto popular:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una

23-ACC. PERSONALES COL. 217.352 000

reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta, conmoción.

- Hechos de vandalismo:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

- Hechos de guerrilla:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de población.

Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

- Hechos de terrorismo:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

- Hechos de huelga:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertadas de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquéllas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

- Hechos de lock-out:

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por:

a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuestos por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock-out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

- Atentados, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo y otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out.

- Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

ANEXO 1

RIESGOS NO ASEGURADOS - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

- Quedan excluidos de este seguro los siguientes hechos que no serán considerados accidentes:

a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas.

b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte terrestre aéreo autorizado. Intervención en ascensiones aéreas.

- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o en escalamiento de montañas, o práctica de paracaismo o aladeltismom. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones o regiones o zonas inexploradas.
- d) Duelo, riña salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en que hubiese partidido como elemento activo; revolución, empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- e) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por deber de humanidad generalmente aceptado (Artículo 152 y 70 Ley de Seguros).
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, Operación quirúrgica no motivada por accidente. Abuso de alcohol. Consumo de drogas, enervantes, estimulantes, excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica, sin incurrir en abuso.
- g) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza -inclusive las originadas por las picaduras de insecto, salvo lo especificado en la cláusula 3 -sean o no preexistentes, enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, colera, viruela o tifus), aún si el contagio se produjera en forma accidental, enfermedades venereas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- i) Acto criminal por el que resulte responsabilizado el beneficiario.
- j) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencias de un accidente cubierto conforme la cláusula 3;
- k) Las lesiones causadas por la acción de rayos "X", de cualquier elemento radiactivo, u originas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo; salvo los casos contemplados en la cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 3 o del tratamiento de la lesiones por él producidas.
- l) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción o omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (art 152 y 70 Ley de Seguros).
- m) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 4, o en condiciones distintas a la enunciadas en la misma.

También quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

CONDICIONES ESPECIFICAS 002

COBERTURA ADICIONES DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL O TOTAL

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La misma no podrá ser contempada en forma conjunta con la cobertura de Cuadriplejia 0

23-ACC. PERSONALES COL. 217.352 000

Paraplejia.

El Asegurador se compromete al pago de la suma asegurada estipulada en Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso de que el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente - de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 2 de las Condiciones Generales - que fuera la causa originaria de su invalidez total permanente, o la proporción correspondiente de dicha suma, de acuerdo con lo previsto por la cláusula 3 de esta cobertura adicional si la invalidez fuera parcial permanente. En ambos casos, se abonará el beneficio siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

INVALIDEZ PERMANENTE

Cláusula 2 - Si el accidente causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las condiciones particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL		%	
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida		100	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente		100	
PARCIAL			
a)	Cabeza		
	Sordera total e incurable de los dos oídos	50	
	Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40	
	Sordera total e incurable de un oído	15	
	Ablación de la mandíbula inferior	50	
		Der.	Izq.
b)	Miembros superiores		
	Pérdida total de un brazo	65	52
	Pérdida total de una mano	60	48
	Fractura no consolidada de un brazo (pseudoartrosis total)	45	36
	Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
	Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
	Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
	Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
	Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
	Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
	Pérdida total del pulgar	18	14
	Pérdida total del índice	14	11
	Pérdida total del dedo medio	9	7
	Pérdida total del anular o el meñique	8	6
c)	Miembros inferiores		
	Pérdida total de una pierna	55	
	Pérdida total de un pie	40	

23-ACC. PERSONALES COL. 217.352 000

Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoatrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rótula	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CONCURRENCIA DE INVALIDECES

Cláusula 3: Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria, de contratarse ambas coberturas adicionales en conjunto.

CARGA DE ASEGURADOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 4: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemniado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art 46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado estará obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

Cláusula 5: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 4 de las presentes condiciones.

CARACTER DEL BENEFICIO

Cláusula 6: La indemnización por esta cobertura adicional es sustitutiva del capital que debiera liquidarse en caso de Muerte accidental del Asegurado. Con el pago del mismo, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación del Asegurado.

EXCLUSIONES

Cláusula 7: Sin perjuicio de exclusiones indicadas en la Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente apartado no cubre:

- a) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

TERMINACION DE LA COBERTURA

Cláusula 8: La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECIFICAS 006**COBERTURA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS****RIESGO CUBIERTO**

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El asegurador se compromete al reembolso de todos los gastos médicos incurridos, motivados por un evento accidental - de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 3 de las

Condiciones Generales -, sujeto a las limitaciones indicadas en la presente cobertura adicional y en las Condiciones Particulares y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, a aquella persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos.

En caso de poseer Obra Social o Medicina Prepaga esta cobertura operará por encima de los beneficios que estas otorgan y hasta los límites de la cobertura contratada en el presente seguro.

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes, estadías para tratamientos termalés o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, ocligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurador notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supera el monto del daño sufrido.

REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS:

Cláusula 2: Se considerarán gastos cubiertos aquellos que sean: medicamentos necesarios, razonables y acostumbrados e incurridos en la República Argentina.

Se entiende por gastos médicos necesarios aquellos que:

- Son apropiados y esenciales. Entendiéndose por los mismos a aquellos tratamientos recetados por el médico a cargo del paciente que sean necesarios para su recuperación. Excluyendo tratamientos de naturaleza estética y experimental.
- No exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Han sido prescriptos por un médico.
- Son consistentes con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
- En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratados fuera del mismo sin riesgo para el paciente.

Se entiende por gastos razonables y acostumbrados cuando:

- Son cargos usuales que cobra el prestador por una prestación.
- No exceden el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.

Solo se reembolsarán los gastos médicos derivados de:

1) INTERNACION EN UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (Establecimiento legalmente autorizado, que posee servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día, y cuyos profesionales ejerzan legalmente su actividad) en concepto de:

- a) Habitación, comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación privada, semiprivada, sala o pabellón, o unidad de cuidado intensivo.
Los Gastos Cubiertos por la estancia en una unidad de cuidado intensivo estarán limitados a tres veces la cantidad que se hubiera pagado por la estancia en una habitación semiprivada (o una habitación privada en el caso en que el Hospital no posea habitaciones semiprivadas).
- b) Otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica o por servicios de cualquier clase proporcionados a un Paciente Cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta de un Hospital.

2) HONORARIOS, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o por cirugía efectuada y prescritas por un médico.

3) VISITAS MEDICAS EN EL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL, efectuadas a una Persona Cubierta

mientras se encuentre recluida. El Asegurador reembolsará solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización y se entenderá por visita médica la visita profesional por el médico de cabecera a la persona cubierta en el Establecimiento Asistencial.

4) POR LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS SIGUIENTES:

- a) Anestesia y administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.
- b) Exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computadas y otras similares, siempre que haya sido suministrado por Médico, o bajo la supervisión de un Médico y que tengan relación con la patología del accidente.
- c) Oxígeno y su administración.

5) DROGAS Y MEDICINAS, que sean prescriptas por un médico y que tengan relación con la patología del accidente.

DIAGNOSTICO Y RECLAMOS

Cláusula 3:

Diagnóstico: Para proceder al reembolso se requerirá el diagnóstico positivo hecho por un médico, más las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualquier otro reporte de pruebas en la que fue basado dicho diagnóstico.

Aviso al Asegurador: El Asegurado, esta obligado a comunicar el accidente al Asegurador dentro de las 72 hs de ocurrido.

Reclamos por gastos cubiertos: La solicitud de reintegros por gastos incurridos, deberá ser presentada por escrito, adjuntándose los comprobantes de gastos, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha en la que fueran realizados. Expirando dicho plazo vencerá el derecho del asegurado de percibir el reintegro, siempre y cuando se demuestre que al asegurado le hubiera sido posible enviar la información estipulada.

El asegurado deberá efectuar sus denuncias y reclamos dentro de los plazos estipulados salvo que acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

En todos los casos indicados, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar del empleador, la obra social, los prestadores intervinientes o cualquier entidad o persona involucrados la información que considere necesaria para proceasr y liquidar un reclamo. Por otra parte se reserva el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales por un profesional de su elección. Por último el Asegurador, queda facultado a solicitar al asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que necesite con relación al reembolso a abonar. Por otra parte el asegurado se obliga a revelar el secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. En ningún caso el asegurador tendrá derecho a seleccionar o participar en la selección del establecimiento asistencial o prestador que brinde cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro.

PLAZO DE PRUEBA. La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber su aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones e informes a que se refiere el inciso anterior no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

AUDITORIA: El asegurador tendrá derecho a efectuar auditorías médicas y contables con relación a los gastos cubiertos y los reclamos que de ellos deriven. Asimismo, se implementará un programa de auditoría en las historias clínicas de aquellos asegurados cubiertos por cualquiera de las coberturas.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 4: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art.

46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite. El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

Cláusula 5: Los reembolsos se realizarán dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 4 de las presentes condiciones.

CARACTER DEL BENEFICIO

Cláusula 6: Los reembolsos previstos por esta cobertura son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y en consecuencia, la Compañía no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

EXCLUSIONES

Cláusula 7: Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente apartado no cubre el reembolso de los gastos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro que:

- A) Fuera proporcionado antes del inicio de vigencia de esta Cobertura, o después de su finalización;
- B) Incurrido en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos;
- C) Considerado experimental.
- D) Que exceda los gastos razonable y acostumbrados, entendiéndose por tal:

- Al cargo usual que cobra el prestador por la prestación.
- No excede el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.

- E) Que no sea médicamente necesario, entendiéndose por tal:

- Es apropiado y esencial.
- No excede en alcance duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Ha sido prescripto por un médico.
- Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
- En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratado fuera del mismo sin riesgo para el paciente.

- F) Incurrido por la compra o alquiler de silla de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire o cualquier otro artículo o equipos similares.

- G) Por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.

- H) Incurrido por servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionales en un establecimiento o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos o servicios de custodia, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia del accidente cubierto.

TERMINACION DE LA COBERTURA

Cláusula 8: La cobertura prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECIFICAS 009
COBERTURA DE - MUERTE ACCIDENTAL -

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: La Aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura si el asegurado fallece a causa de un accidente dentro de los 90 días de la fecha del mismo.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 2: El Asegurado comunicará la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros). sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente y comprobación del derecho de los reclamantes.

Cláusula 3: En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia y exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento representante de los beneficiarios.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

Cláusula 4: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 2 de las presentes condiciones.

CARACTER DEL BENEFICIO

Cláusula 5: Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de la invalidez permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, de haberse contratado la cobertura adicional de invalidez permanente.

El Asegurador deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causo la muerte.

En caso de fallecimiento que de lugar a la prestación de la suma asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

TERMINACION DE LA COBERTURA

Cláusula 7: La cobertura del riesgo de muerte accidental prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

ANEXO 2

-RIESGOS NO CUBIERTOS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE
PARCIAL O TOTAL-

De contratarse la cobertura adicional de Invalidez Total o Parcial Permanente, el Seguro no cubre sin perjuicio a las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales:

- a) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enagenación mental.
- b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enagenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas.

ANEXO 4
RIESGOS NO ASEGURADOS
COBERTURA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS

Si se opta contratar la cobertura adicional de Reintegro de Gastos Médicos, este seguro no cubrirá, adicionalmente a las exclusiones mencionadas en las Condiciones Generales, el reembolso de los cargos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro que:

- a) Fuerza proporcionado antes del inicio de vigencia de esta Cobertura, o después de su finalización;
- b) Incurrido en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos;
- c) Considerado experimental.
- d) Que exceda los gastos razonables y acostumbrados, entendiéndose por tal:
 - * Al cargo usual que cobra el prestador por esa prestación.
 - * No excede el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características
- e) Que no sea médicamente necesario, entendiéndose por tal:
 - * Es apropiado y esencial.
 - * No excede en alcance duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - * Ha sido prescripto por un médico.
 - * Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
 - * En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratado fuera del mismo sin riesgo para el paciente.
- f) Incurrido por la compra o alquiler de silla de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire o cualesquiera otros artículos o equipos similares.
- g) Por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.
- h) Incurrido por servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un establecimiento o institución de convalecencia, hospicio, asilo u Hogar de ancianos o servicios de custodia, aunque tales fueran requeridos y necesitados a consecuencia del accidente cubierto.

ANEXO 6
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES CON PRIMA EXCLUSIVAMENTE A CARGO DEL CONTRATANTE:

1. El contratante declara al concetar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.
2. El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan al servicio del Contratante.

Los ajustes de prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuará a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la póliza desde el día de la notificación de la cesantía al Asegurador, o de la aceptación por el mismo de la incorporación de los nuevos asegurados, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo con el riesgo.

3. Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservan su derecho sobre el saldo de la prestación: a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula; b) por el monto de perjuicios concreto resultante de un interés económico lícito que demostrará con respecto a la vida o salud de los ase-

23-ACC. PERSONALES COL. 217.352 000

gurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

4. Previa citación al Contratante para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO 7

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

1. El Contratante declara al contratar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a cargo.

2. El presente seguro cubre los accidentes que sufra la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y por las indemnizaciones especificadas en las mismas mientras permanezca al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés lícito sobre su vida o salud.

3. Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservan su derecho sobre el saldo de la prestación: a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula; b) por el monto de perjuicios concreto resultante de un interés económico lícito que demostrará con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

4. Previa citación al Contratante para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

Portal Autogestión Asegurados.

**Justo lo que buscás,
sin buscar demasiado.**

Accedé a la información de tus pólizas
y descargá los documentos importantes
desde un solo lugar.



Chat Bot vía Whatsapp
(+54911) 30962743



Sitio Corporativo
www.hdi.com.ar



HDI Seguros Argentina



@HDIsegurosArg



HDI Seguros Argentina



Aplicación para consultas
Asegurados Automóviles



Sistema de Inspección de Automóviles
y Embarcaciones de Placer



PORTAL DE AUTOGESTIÓN
INGRESÁ EN WWW.HDI.COM.AR
SECCIÓN ASEGURADOS CON DNI, FACEBOOK O GOOGLE.